

KARTA SKIEROWANIA

Szkolenie i egzamin odnawiający Uprawnienia Ratownika KPP dla strażaków OSP

I. INFORMACJE O SZKOLENIU:

Kieruję Pana/Panią

na szkolenie recertyfikacja uprawnień ratownika KPP dla strażaków OSP,

które odbędzie się w terminie 14.02.2020r. do 20.02.2020r.

II. DANE EWIDENCYJNE UCZESTNIKA SZKOLENIA:

1. Nazwisko i Imię:.....
2. Data i miejsce urodzenia, województwo:.....
3. Pesel: 4. Imię ojca:
4. Jednostka macierzysta:.....
5. Adres zamieszkania:
6. Termin(data ukończenia) szkolenia KPP (w przypadku recertyfikacji):
7. Adres mailowy
8. Nr telefonu.....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez:

organizator szkolenia¹ KP PSP w Międzyrzeczu, ul. Rokitniańska 1, 66-300 Międzyrzecz, NIP: 596-15-24-416, REGON: 210467008
Komendę Wojewódzką Państwowej Straży Pożarnej w Gorzowie Wlkp., ul. Wyszyńskiego 64, 66-400 Gorzów Wlkp. NIP: 599-10-24-664;
Komendę Główną Państwowej Straży Pożarnej, 00-463 Warszawa, ul. Podchorążych 38, NIP: 521-04-13-024, REGON: 173404.
Urząd Gminy w..... NIP:; REGON:
Jednostkę OSP w NIP:; REGON:²
w zakresie związanym z organizacją, prowadzeniem i nadzorem nad szkoleniemKPP..... zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 r. (tj. Dz. U. 2014 r. poz. 1182 z późn. zm.)

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis kierowanego na szkolenie)

Oświadczam, że kierowany/-a nie posiada przeciwwskazań do bezpośredniego udziału w działaniach ratowniczych, został/a wyposażony/a w umundurowanie i sprzęt, które posiadają aktualne świadectwa dopuszczenia do użytkowania w jednostkach ochrony przeciwpożarowej, są sprawne, spełniają wymogi zgodne z wytycznymi producenta i posiadają aktualny czasookres użytkowania na czas trwania szkolenia oraz potwierdzam posiadanie przez kierowanego/-ą n/w dokumentów:

- zaświadczenia lekarskiego orzekające zdolność do bezpośredniego udziału w działaniach ratowniczych zgodnie z obowiązującymi przepisami prawnymi w tym zakresie ważne na czas szkolenia,
- orzeczenia komisji lekarskiej lub zaświadczenia lekarskiego potwierdzającego okresowe badanie lekarskie, aktualne na czas trwania szkolenia,
- ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków ważne na czas szkolenia,

.....
(miejscowość, data)

.....
(imię i nazwisko, pieczęć przedstawiciela urzędu
gminy/przełożonego uprawnionego do mianowania/Naczelnika OSP)

¹ należy wpisać nazwę organizatora szkolenia

² w przypadku braku NIP-u lub REGONU - nie wpisujemy

^{2*}dotyczy Państwowej Straży Pożarnej i innych jednostek ochrony przeciwpożarowej.